

# 訪問診療申込書

依頼日：令和 年 月 日

フリガナ 患者様氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	( 歳)
		身長体重	身長：	cm	/	体重：	kg
ご住所	自宅TEL						
	携帯						
保険情報	国保・後期・社保・生保 負担：1割・2割・3割 / 身障・難病・( )						
介護度	未申請・申請中・取得( 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 )						
同居家族	有・無 (家族構成：)						
キーパーソン	フリガナ 氏名		歳	ご住所			
			続柄：	電話番号			
かかりつけ医	無・有 (医療機関名：)						
既往歴	発症時期	病名				病院	
訪問看護	未介入・介入中 (名称：		日時：	曜日	時	～	時
訪問リハ	未介入・介入中 (名称：		日時：	曜日	時	～	時
デイサービス	未介入・介入中 (名称：		日時：	曜日	時	～	時
歩行：	自立・一部介助・全介助		入浴：	自立・一部介助・全介助			
食事：	自立・一部介助・全介助		排泄：	自立・一部介助・全介助			
医療処置	尿道カテーテル( Fr)・経管栄養(胃ろう 鼻腔)・中心静脈栄養・褥瘡処置 気管切開カニューレ・点滴・インスリン注・酸素療法・その他( )						
がん	病名の告知(本人)：無・有		病名の告知(家族)：無・有		余命の告知(本人)：無・有 余命の告知(家族)：無・有		
認知症	有・無	症状：					
内服管理	自立・一部介助・全介助						
薬局	無・手渡し・訪問薬局 (薬局名：						
訪問診療に 至る経緯							
ご紹介事業所			フリガナ ご担当者様				
ご住所			ご連絡先				
			FAX				
当診療所への 要望							

**真在宅医療診療所**  
FAX : 03-3876-0368

※お手数をお掛け致しますがFAXにてご送信ください。  
TEL : 03-5808-9546